1873

Lane Medical Library

Ueber

die Differentialdiagnose der Tumoren in der Regio ileocoecalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

medicinischen Facultät der Rhein. Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Bonn

eingereicht und mit Thesen vertheidigt

am 19. Juli 1873

von

August Eickholt
aus Düsseldorf.

Namen der Opponenten:

Dr. med. Boese,
Dr. med. Vogel,
Cand. med. Funccius.

Bonn,

Druck von Carl Georgi.

1873.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153709_0221

Meinem lieben Vater

dem

Oberpostdirector J. Eickholt

in Cöln

bei Gelegenheit seines 50jährigen Dienstjubiläums

gewidmet.

Das höchste Ideal der Pathologie, für deren Fortschritte und kräftige Entwicklung die Annalen der letzten Decennien ein deutliches Zeugniss abgeben, ist es von jeher gewesen, durch genaue Classification und Specificirung der pathologischen Zustände, wie sie im Organismus ablaufen, das Material des Wissens ihren Jüngern als ein systematisch geordnetes vorzulegen, den Symptomencomplex bestimmten Krankheitsursachen resp. Erscheinungen zu supponiren, und sich selbst das Prädicat des exacten Wissens zu verdienen.

Wenn auch die Wissenschaft, an der Hand ihrer berühmten Schüler, in früherer Zeit diesem Ziele oft nahe schien, und der geübte Blick des Praktikers in vielen Fällen schon aus objectiven Symptomen das Krankheitsbild, ich will nicht sagen die Krankheitsursache erkannte, so fehlte dem Gebäude dennoch die feste Grundlage, welche zwar erstrebt wurde, aber noch lange nicht als solide betrachtet werden konnte. Verwechslungen des Symptoms mit der Ursache der Krankheit, Behandlung des ersteren ohne Berücksichtigung seiner aetiologischen Verhältnisse: dies waren Missgriffe, welche man dem damaligen Zustande der Wissenschaft zu Gute halten konnte, weil die materielle Basis der Erkenntniss des aetiologischen Momentes fehlen mochte, und weil es mitunter bequemer schien, symptomatisch zu verfahren: ut aliquid fiat.

Dank der pathologischen Anatomie, der physikalischen und chemischen Diagnostik, der physiologischen Chemie, dem

Experimente, dem Hebel, der mit Ausdauer und Unermüdlichkeit an die unorganische und organische Materie angesetzt wurde, kamen Resultate zu Tage, die, wenn sie auch nicht gleich umfassend und epochemachend waren, dennoch die Garantien boten, Symptom und Ursache von einander zu trennen und das Wesen der letzteren zu ergründen.

Vor allem war es die physikalische Diagnostik, welche als junge Tochter der Wissenschaft, wenn auch schon Hippocrates in ihrem Urzustande bekannt, selbstständig ihren Entwicklungsgang durchlief und sich zu einem integrirenden Bestandtheile bei der Aufnahme des Krankheitsbildes ausbildete.

Es ist nicht zu leugnen, dass es die Pflicht des Arztes ist, einen gegebenen Krankheitszustand nicht nur objectiv, sondern auch subjectiv aufzufassen, bei der Aufstellung des status praesens nicht nach der Schablone einer auswendig gelernten Anamnese vorzugehen, sondern die Individualität des Patienten zu berücksichtigen und dem Laufe der Entwicklung des vorliegenden Krankheitsfalles gebührende Rechnung zu tragen. Ohne Zweifel beruht der ärztliche Scharfblick und die Erfahrung des Praktikers auf der Berücksichtigung der Individualität des Kranken. Wenn ich auch mit diesen Worten im Sinne der Humanität und des persönlichen Interesses die Vorzüge und Erfordernisse des praktischen Arztes gewahrt wissen will, so kann ich es doch nicht unterlassen, im Interesse der Wissenschaft eben darin einen Triumph der letzteren zu erkennen, wenn es ihr gelingt, in voller Objectivität das ganze Krankheitsbild gleichsam abzulesen, Ursache und Causalmomente zu erkennen, das Gegebene zu einer klaren Diagnose zu gestalten. Leider lässt sich dieser schöne Gedanke nicht immer realisiren, einmal, weil die subjectiven Empfindungen des Kranken richtig gedeutet oft von grossem Einflusse auf die Modification der Diagnose sind, dann aber auch, weil die anamnestischen Verhältnisse sehr oft gebührende Berücksichtigung verdienen

und der Erklärung des Objectivbefundes unter Umständen allein die richtige Deutung zu geben im Stande sind.

Die Berücksichtigung dieser Momente kommt am wenigsten in Betracht bei der Differentialdiagnose der Brustkrankheiten, sie ist oft von grosser Bedeutung bei Krankheiten des Abdomens. Der Grund liegt sehr nahe. Mit Rücksicht auf die Verhältnisse der Percussion fehlen uns hier alle feineren Nüancen, deren Vorhandensein am Thorax mit absoluter Sicherheit die Evidenz einer concreten pathologischen Veränderung ergibt. Wir bewegen uns hier nur zwischen drei Schallqualitäten, die allerdings dem Geübteren einen grossen Spielraum von Nüancen liefern können. Die auskultatorischen Phaenomene, welche am Thorax eine exquisit genaue Diagnose zulassen, fehlen uns am Abdomen vollständig — ich nehme hier natürlich die auf die Diagnose der Gravidität bezüglichen Momente aus — wo sie etwa noch angewandt werden, sind sie ohne jeden Werth.

Dagegen spielt eine dritte Untersuchungsmethode, welche an sich sehr einfach ist, aber dennoch gelernt und verstanden sein will, bei der Differentialdiagnose der Krankheiten des Unterleibs eine Hauptrolle, ich meine die Palpation. Die Verhältnisse sind hier allerdings auch andere. Die Lunge konnte nur in einem Raume untergebracht werden, dessen Capacität einer gegebenen relativ bestimmten Begrenzung entsprach, ihre Excursionen entsprechend dem Auf- und Niedergang des Kolbens im oscillirenden Cylinder.

Im Abdominalcavum dagegen befinden sich verschiedene Organe von verschiedener Dignität, zum Theil an Ort und Stelle gebunden, zum Theil aber auch beweglich und nach Belieben in gewissen Grenzen ihre Stelle wechselnd. Die Menge der Flüssigkeit und der athmosphärischen Luft, welche in die Organe des Thorax eintritt, ist proportional derselben Menge, welche in der Zeiteinheit aus ihnen heraustritt. Werden die Brustorgane von pathologischen Veränderungen befallen, so stehen die consecutiven Folgen in

genetischem Zusammenhang mit den physikalischen Gesetzen, denen die Construction des Thoraxraumes unterworfen ist. Z. B. Residuen einer Pleuritis, Schrumpfungen im Lungenparenchym bewirken ein Einsinken der betreffenden Thoraxpartie resp. Dislocation der Organe: die Thoraxwand muss in manifester Weise einsinken, damit das Entstehen eines Vacuums, dessen Begriff nicht möglich ist, verhütet werde.

Volumszunahme und Abnahme einzelner Organe der Abdominalhöhle, verminderte Ausscheidung der verbrauchten Stoffe, beeinträchtigen keineswegs — natürlich nur in gewissen Grenzen — die Integrität des Abdominalraumes in deutlich sichtbarer Weise, namentlich desshalb nicht, weil Wandungen und Inhalt desselben individuellen Eigenthümlichkeiten unterworfen sind. Von diesem Gesichtspunkte aus bleibt eine Cirrhosis hepatis latent, dieselbe ist zwar häufig von einer Vergrösserung der Milz begleitet, ohne dass die letztere nach physikalischen Gesetzen erfolgen müsste. Das Obwalten der letzteren bei pathologischen Veränderungen der Unterleibsorgane erscheint also für die Diagnostik irrelevant, wenn auch in einzelnen Fällen ihr Zusammenwirken mit physiologischen Gesetzen alle Beachtung verdient.

Die Forçe eines guten Arztes und Diagnostikers besteht nicht nur darin, ein gegebenes Krankheitsbild zu erkennen und den Symptomen gemäss zu handeln, sondern vorwiegend in der Erkenntniss der Zustände, welche als consecutive Folgen oder Theilerscheinungen eines Krankheitsbildes das letztere compliciren und verschlimmern können. Die Differentialdiagnose allein ist es, welche mit voller Bestimmtheit an der Hand gegebener Thatsachen den Symptomencomplex zu einem klaren Bilde gestaltet und vermittels der Exclusion die gestellte Diagnose in ihrer Richtigkeit bewahrheitet. Vor allem sind es die Krankheiten der Unterleibsorgane und unter diesen namentlich die mit palpabeln Veränderungen einhergehenden, welche das allgemeine Interesse in Anspruch nehmen, ich meine hier nicht ein In-

teresse, welches der Speculation zur Nahrung dient und seine Befriedigung am Sectionstische findet.

Unter den verschiedenen Regionen, in welche der Anatom die Abdominalhöhle eintheilt, ist hauptsächlich die Regio ileocoecalis der Sitz interessanter pathologischer Veränderungen, welche ihren Ausgangspunkt theils vom Darmcanal, theils von den adnexen Organen nehmen.

Ich will es in Nachstehendem versuchen, gestützt auf die Hülfsmittel der physikalischen Diagnostik einen kurzen, wenn auch nicht klinischen, so doch diagnostischen Umriss der mit palpabeln Veränderungen einhergehenden pathologischen Zustände in dieser Gegend zu liefern.

Bevor ich zur Schilderung der einzelnen differentiel diagnostischen Krankheitsbilder übergehe, sei es mir vergönnt, in Kurzem die diagnostischen Hülfsmittel zu berücksichtigen.

Die Hauptschallart, welche wir am Unterleib beobachten, ist die Tympanie. Der Begriff derselben ist bekannt. Piorry, der Erfinder des Plessimeters, bildete die junge Kunst der Percussion zu einer bedeutenden Höhe, und wenn er auch den Ergebnissen der Plessimetrie zu unbedingt Glauben schenkte und vermittels seiner Diagnostik zu Resultaten kam, welche die skeptische Jugend der letzten Decennien mit unverhehltem Erstaunen und bewunderndem Zweifel erfüllen — ich erinnere nur an seine plessimetrische Bestimmung der Spulwürmer — so hat er doch den Grund zu einer tieferen Erkenntniss der Krankheiten der Unterleibsorgane gelegt.

Jede Specialwissenschaft hat kurz nach ihrem Entstehen oder ihrer Wiederbegründung eine Sturm- und Drangperiode durchzumachen, während welcher Zeit die hypertrophischen Excrescenzen der einmal gefundenen Anhaltspunkte den gesunden Mutterboden zu überwuchern drohen. Aber gerade hierdurch wird der Grund gelegt, auf dem die nachfolgende Zeit mit Zuhülfenahme einer gesunden Kritik weiterbaut, indem

sie Ueberflüssiges aus dem Bereich der einmal feststehenden Thatsachen entfernt und durch Erweiterung rationeller Anschauungen die Wissenschaft fördert.

Piorry unterschied am Unterleib nur zwischen dem tympanitischen und matten Schalle, brachte es aber durch ingeniöse Verwerthung der wechselnden Verhältnisse beider Schallarten zu einer beneidenswerthen Schärfe in der Diagnostik der vorliegenden Zustände. Wenn auch viele seiner Diagnosen mehr subjectiver Natur sein mochten, und er in der Diagnostik sogar soweit ging, die Art und Beschaffenheit der im Darmcanal befindlichen Flüssigkeiten erkennen zu wollen, so muss man doch gestehen, dass ihm die sehr einfachen Unterschiede von tympanitisch zu matt sehr ausgiebige Differentialdiagnosen nach den Begriffen der damaligen Zeit gestatteten. Allerdings stand damals die Symptomatologie in hohem Flor, während das pathologische Substrat sehr mangelhaft war.

Bei der weitern Entwicklung der Percussion wurden die Grenzen zwischen Pulmonalton und Abdominalton enger gezogen und der Begriff Tympanie hauptsächlich für die Percussionserscheinungen festgehalten, wie sie sich bei hochgradigem Meteorismus resp. Luftansammlung im Peritonealsack darbieten. Den differentiellen Gegensatz bildete der matte Schall. Die Umrisse und Grenzen der Lunge, Leber und Milz, sowie des Magens wurden mit Hülfe dieser Percussionserscheinungen leicht gefunden. Wenn auch viele pathologische Veränderungen erst in Folge anderweitiger Symptome ihre nachträgliche Deutung fanden — ich erinnere an die Bestimmung der Anfüllung des Magens mit Blut nach einer Haematemesis und dem Abgange schwarzgefärbter Massen durch den Stuhl (Piorry) — so diente die Verwerthung derartiger secundärer Veränderungen dennoch dazu, in prognostischer Hinsicht werthvolle Anhaltspunkte zu liefern.

Im Grunde genommen sind auch in späterer Zeit keine neuen Schallunterschiede an die Stelle der früheren getreten

resp. keine neuen hinzugekommen; aufrichtig gesagt, ist selbst in unserer Zeit der geübteste Diagnostiker oft sehr froh, wenn er in einem schwierigen Falle an irgend einer Stelle ein dem normalen nicht entsprechendes Schalltimbre gefunden hat, welches ihm den Faden zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose in die Hand gibt. Indessen hiervon abgesehen, müssen wir doch den neuern Anschauungen zu Folge folgende Nüancenunterschiede im Bereiche der Tympanie festhalten:

A.

Hoch, Leer, Hell, (Kurz),

B.

Tief, Voll, Dumpf, (Gross.)

Die Unterschiede von Hoch und Tief sind an die Nüance Hell gebunden: ein dumpfer Schall wird immer tief sein, der helle Schall kann hoch und tief sein. Die erwähnten Nüancen sind sehr oft ohne besondern praktischen Werth, da schon unter normalen Verhältnissen diese Schallunterschiede an ein und derselben Darmpartie sehr wechseln. Die Völle und Leere des Schalls ist im allgemeinen an die Füllung des Darmrohrs und Magens mit Luft, Flüssigkeiten oder Fäcalmassen gebunden, gedämpft ist der Schall nur da, wo parenchymatöse Organe der Bauchwand anliegen. Befinden sich über dem parenchymatösen Organe oder einem pathologischen Tumor lufthaltige Gebilde, so wird der Percussionsschall nie ein gedämpfter sein, und nur die Völle desselben eine Modification erleiden, indem derselbe an dieser Stelle leerer erscheint. „Ganz dumpf und ganz leer haben natürlich dieselbe Bedeutung.“ (Skoda.) Befindet sich eine Schicht Parenchym, Flüssigkeit oder Exsudat zwischen dem lufthältigen Organe und der percutirten Stelle, so steht das Timbre der Dämpfung des Percussionsschalls in directem Verhältnisse zur Dicke der dazwischenliegenden Schicht. Die Nüancen von kurz zu gross sind nicht von besonderer Bedeutung.

Bei der Untersuchung der parenchymatösen Organe ist die palpirende Percussion von einiger Wichtigkeit. Die betreffende Untersuchungsmethode kann nur da ihre Anwendung finden, wo wir es mit einem Organe resp. Tumor zu thun haben, welchem eine gewisse Festigkeit und Resistenz zukommt und die Möglichkeit einer nur geringen Excursion von seinem Lagerungspunkte erlaubt ist. Ferner muss die Wandung, hinter welcher er sich verbirgt, eine geringe Spannung haben, widrigenfalls dieselbe die Phänomene, um welche es sich handelt, selbst liefert. In solchen Fällen, in denen Flüssigkeit oder Tumoren von geringerer Consistenz, wie sie das normale Parenchym der Organe darbietet, unter der percutirten Stelle sich finden, wird die palpirende Percussion negative Resultate ergeben.

Als eine Unterabtheilung der palpirenden Percussion möchte ich jenes Phänomen bezeichnen, das in dem Gefühle des Ballottements besteht. Kleinere Organe, Neubildungen von harter Consistenz, welche nicht sehr fest an ihrer Unterlage adhäriren, bieten bei subtiler Ausführung der palpirenden Percussion das Gefühl des Ballottements dar. Es ist klar, dass dieses Phänomen nicht zu Stande kommen kann, wenn das betreffende Organ nur irgendwie mit seiner Nachbarschaft verwachsen ist und vermöge seiner Grösse nicht auf den Anschlag des percutirenden Fingers, der sehr kurz aber ergiebig genug sein muss, reagiren kann. Unmöglich wird der Versuch, wenn die Spannungsverhältnisse der Abdominalorgane keine Excursionen zulassen, deutlicher hervortretend bei dem Vorhandensein von Flüssigkeit.

Vorübergehend erwähnen will ich hier noch die Untersuchungsmethoden der Adspection und Palpation. Für beide kann man keine allgemeinen Gesichtspunkte aufstellen. Icterische Färbung der Haut gilt zwar für ein pathognomonisches Zeichen einer Veränderung der Leber: in vielen Fällen zeigt sich aber, dass keine palpabeln Veränderungen derselben vorliegen, und der Icterus als ein hämatogener

anzusehen ist, in andern Fällen ergibt die Palpation das Vorhandensein eines Tumors, der von der Leber vollständig unabhängig ist und nur durch Compression der Gallenductus Stauung der Galle in der Leber und Resorption derselben hervorruft. Ueberhaupt muss man immer berücksichtigen, dass die gestörten Functionen nicht immer den Theilen angehören, in denen der Tumor seinen Sitz hat, sondern häufig andern Organen, die secundär oder zufällig seine Störung ihrer Function erleiden. Wichtiger ist die Palpation. Wenn dieselbe auch häufig keine Resultate liefert, sei es, dass die Recti des Patienten den untersuchenden Fingern hemmend in den Weg treten, unmassgebende Inscriptiones tendineae den contrahirten Muskelbauch zu einem Tumor constelliren, oder die Tast- und Sinnesnerven des Untersuchers den Rapport an das Centralorgan nicht anbringen können, so kann man doch wohl mit Recht behaupten, dass die Palpation die fehlenden Auscultationserscheinungen am Abdomen vollständig vertritt. Sie gibt uns nicht nur Aufschluss darüber, welchem Organe ein Tumor angehört, sondern auch welcher Art, von welchem Wesen derselbe ist, ob seine Oberfläche glatt, rauh, uneben, knollig, seine Grenzen scharf abgesetzt sind oder sich diffus in die Umgegend verlieren.

Die Tumoren, wie sie in der Regio illeocoecalis gebunden an pathologische Veränderungen vorkommen, systematisch hier abzuhandeln, scheint mir nicht entsprechend, einmal weil ich nicht gesinnt bin, ein Excerpt aus Niemeyer zu liefern, dann aber auch weil dem systematisch angeführten Symptomencomplex der einzelnen Krankheitsbilder der Werth der Differentialdiagnose mangelt.

Ich erlaube mir einen klinischen Fall vorzuführen, um durch Kritik desselben Anhaltspunkte für meine Deductionen zu gewinnen.

Anna Maria P., 41 Jahre alt, ist seit 3 Tagen krank. Früher hat sie ihren Angaben gemäss nie an Unwohlsein gelitten. Die Krankheit begann mit Frost, Hitze, Stechen auf

der rechten Seite, Kopfschmerz. Temperatur am Morgen der Vorstellung 39,8, Puls 110, Spannung der Arterie gering, allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit, icterische Färbung der Haut, beschwerliche Respiration. Auf der rechten Thoraxseite Dämpfung von der zweiten Rippe abwärts, im ersten Intercostalraum unbestimmtes Athmen, nach unten zu bronchial. Hinten rechts Mitte der Scapula Dämpfung zwei Plessimeter breit in tympanitischen Schall übergehend, Athmen unbestimmt, Herzdämpfung nach rechts hin vergrössert, an der Herzspitze ein Schwirren, systolisches Geräusch an der Mitralis, der zweite Pulmonalton etwas accentuirt. Unterleib mässig aufgetrieben, in der Höhe des Nabels rechts eine Hervorwölbung zeigend. Dieselbe erweist sich bei der Palpation als eine unter der Leber gelagerte den Rippenbogen nicht ganz erreichende Geschwulst von ovaler Gestalt, glatter etwas unregelmässiger Oberfläche, teigig anzufühlen, ziemlich schmerzlos. Nach oben ist der Tumor etwas verschiebbar, reicht nach unten bis zum Darmbein, nach links bis zur Mittellinie. Ueber der Geschwulst ist anscheinend noch eine zweite kleinere gelagert. Percussionsschall gedämpft mit tympanitischem Nachhall. Von der Leber grenzt sich der Tumor deutlich ab, seine Beweglichkeit bei der Inspiration kann des oberflächlichen Athmens wegen nicht ermittelt werden. Die Abgrenzung vom Becken gelingt ebenfalls leicht. Harn roth, sauer, Stuhlgang ziemlich regelmässig. Diagnose: rechtsseitige croupöse Pneumonie, hämatogener Icterus, mässige Insufficienz der Mitralis, Ansammlung von Fäcalmassen im Coecum und Colon ascendens. Die Richtigkeit des letzteren wurde in suspenso gelassen.

Zweite Beobachtung drei Tage später: Der Icterus hat bedeutend zugenommen, Sputa zum Theil grün gefärbt. Zunahme der Dämpfung rechts vorn nach oben und unten, in den untern Partien keine Athmungsgeräusche, rechts hinten hat die Dämpfung nach oben zugenommen, bronchiales Athmen. Harn deutlich Gallenfarbstoff enthaltend. Eine

Lageveränderung des erwähnten Tumors lässt sich nicht constatiren, die Circumferenz desselben hat anscheinend etwas abgenommen. Diagnose: Fäcalmassen. Tod drei Tage später. Section nach zwölf Stunden: Stark icterische Färbung der Haut und der Conjunctiva, in der rechten Pleurahöhle serösfibrinöse Flüssigkeit, der rechte obere Lungenlappen hepatisirt, linke Lunge normal, Milz etwas vergrössert. Die Leber sehr verkleinert, von kugeliger Gestalt und durch ein etwa 5 Cm. breites und 4 Cm. langes fibröses Band mit dem Tumor in der Bauchhöhle zusammenhängend, welcher leicht gelappt, von glatter Oberfläche ebenfalls aus Lebersubstanz besteht. Die Acini beider Lebern vergrössert, im Parenchym und dem fibrösen Verbindungsstück disseminirte Gummigeschwülste.

Der vorliegende Fall bietet der näheren Betrachtung und der postmortalen Differentialdiagnose (sit venia dicto) Stoff genug. Einmal den Sectionsbefund betreffend: Der eigenthümliche Befund der Leber fand seine Erklärung in den klar zu Tage liegenden Residuen und zum Theil noch floriden Erscheinungen der tertiären Syphilis, ferner in einer Schnüratrophie der Leber und dem Zusammentreffen beider Umstände. Für die Annahme des Vorhandenseins einer syphilitischen Affection fehlten bei Lebzeiten der Kranken alle anamnestischen Angaben, ebenso wenig gab der status praesens hierfür Anhaltspunkte.

Die Schnüratrophie ist wohl im Stande die Dimensionen der Leber zu verändern und eine Verlängerung derselben im Längsdurchmesser zu bewirken, ohne dass indessen hieraus ein etwa 4 Cm. langes rein fibröses Mittelglied resultirte, welches an seinem untern Ende eine wenigstens makroskopisch vollständig normale Leberpartie trägt, die keine scharfen Ränder besitzt, sondern eine 6 Cm. dicke Masse darstellt. Die Lebersyphilis ist dagegen selten in der Horizontalebene des Organs localisirt, pflegt vielmehr entsprechend dem ligamentum suspensorium der Porta entlang die ihr charakteristischen Veränderungen zu erzeugen.

In dem vorliegenden Falle scheint der Vorgang folgender gewesen zu sein: Bei dem betreffenden Individuum hatte sich eine Schnüratrophie der Leber gebildet, die anfangs nur in den Schranken der gewöhnlichen Atrophie der Acini und Ersatz derselben durch schwieliges Bindegewebe blieb, später zeigten sich in dem Organe die Producte einer tertiären Syphilis, welche in den schon vorhandenen schwieligen Verdichtungen einen höchst geeigneten Boden für die ihr eigenthümlichen destruirenden Veränderungen fand. Dass eine derartige Combination bei der Aufstellung der Diagnose nicht vorgesehen wurde, scheint mir durchaus zu entschuldigen, einmal weil die Anamnese hierfür keine Anhaltspunkte bot, dann aber auch weil dem Status praesens die erwähnten Veränderungen nicht entsprachen. Ich werde daher versuchen, die Richtigkeit der Momente, welche der Diagnose: Fäcaltumoren, zu Grunde lagen, zu begründen.

Anhäufungen von Fäcalmassen können an allen Stellen des Darmkanals zu Stande kommen, am ehesten finden sie dort statt, wo physiologische Knickungen, klappenförmige Vorsprünge den wohlgemeinten peristaltischen Bewegungen hindernd in den Weg treten. Vernachlässigte Befriedigung des Bedürfnisses, subparalytischer Zustand der Darmmusculatur, Verziehungen, Dislocationen der Därme nach abgelaufenen Peritonitiden geben oft zu einer noch relativ gelinden Form der Fäcalansammlung, der habituellen Stuhlverstopfung Veranlassung. Eine frühzeitige Erkennung des betr. Zustandes, der oft auch durch die Palpation diagnosticirt wird, indem man das S. romanum resp. Colon. ascendens als einen harten Strang fühlt, schafft dem Uebel durch Einführung der Clistierspritze oder in ihrer feineren Form, der Clysopompe, nöthigenfalls mit dem Stempel einer französischen Firma versehen, für die Zukunft palliative Abhülfe.

Anders sind die Erscheinungen, wenn in Folge von diphtheritischen, ulcerösen Processen sich Verengerungen

Differentialdiagnose ist daher meiner Ansicht nach nicht immer genau zu stellen, wenn wir auch die Perforationsperitonitis aus den bekannten Symptomen zu erkennen vermögen. Ob dieselbe vom Coecum oder vom processus vermiformis ausgeht, muss dahin gestellt bleiben.

Zur näheren Erläuterung der gewöhnlichen von einer allgemeinen Peritonitis inducirten Perityphlitis diene folgender in der medicinischen Klinik zu Bonn am 9ten Januar 1873 beobachteter Fall: Ein im kräftigen Mannesalter stehendesIndividuum hat im Frühling 1872 an einer Peritonitis gelitten, deren Residuen so gering waren, dass Patient im vorigen Sommer aus der Behandlung entlassen werden konnte. Sei es, dass Patient sich Schädlichkeiten aussetzte, oder dass die Ueberreste der abgelaufenen Peritonitis zu neuen Reizen in der Regio ileocoecalis Veranlassung gaben, es entwickelte sich in dieser Gegend eine Geschwulst, deren Symptome den Patienten zwangen, Hülfe zu suchen. Der Status präsens ergab folgendes: In der regio ileocoecalis zeigt sich eine Hervorwölbung, welche bis zur Mittellinie reicht und hier scharf abgrenzt. Nach rechts ist die Grenze nicht scharf, und verschwindet der Tumor diffus in der fossa iliaca, nach unten hin lassen sich die Grenzen ebenfalls nur undeutlich bestimmen, während nach oben zu die Begrenzung deutlich in einer Ebene sich findet, welche horizontal durch den Nabel gelegt ist. Nach rechts und links ist die Geschwulst wenig verschiebbar, die Consistenz eine gleichmässig pralle, die Oberfläche eben und convex. Eine mässige Empfindlichkeit ist vorhanden. Bei der Inspiration bleibt der Tumor unbeweglich und erweist sich von der Leber deutlich abgegrenzt. Der Schall ist gedämpft, tief tympanitisch. Stuhlgang regelmässig. Diagnose: Perityphlitis chronica.

Eine ähnliche Krankengeschichte findet man bei Henoch [1]),

1) Henoch: Klinik der Unterleibskrankheiten.

welche allerdings noch prägnanter ist, indem sich der Tumor unmittelbar nach der allgemeinen Peritonitis entwickelte.

Eine Peritonitis circumscripta, welche nach einer Perforation entsteht, wird allerdings ein etwas verschiedenes Bild geben. Abgesehen davon, dass die Krankheit plötzlich und mit grosser Heftigkeit bei Mangel hervorragender palpabler Veränderungen entsteht, ist die Ileocoecalgegend der Ausgangspunkt der Affection, und der Schmerz ein intensiver. Die Erscheinungen der Palpation und Percussion sind früher erwähnt. Ich will noch anführen, dass der Percussionston nie leer sein kann, wie bei Paratyphlitis, weil das Coecum unter oder in dem Tumor eingeschlossen liegt, dass ferner Neubildungen einerseits hart, knollig und schmerzhaft sind, anderseits völlig unempfindlich sich verhalten, während die Tympanie in Folge der Verdrängung des Colons vollständig fehlt. Völliger Mangel der Tympanie bei Peritonitis circumscripta wird an dieser Stelle wohl selten gefunden, denn das Coecum bietet den peritonitischen Schwarten vermöge seiner Fixation so viel Widerstand, dass es wohl eingeschlossen und comprimirt, aber nie vollständig verdrängt werden kann. Verdrängungen finden wir nur bei solchen Darmpartien, denen eine grosse Excursion zukommt, und welche den Membranbildungen aus dem Wege gehen können. So kann in Folge von abgesackten Exsudaten selbst an solchen Stellen, an denen normaler Weise immer die vollste Tympanie herrscht, der Schall ganz leer resp. gedämpft werden, z. B. in der regio umbilicalis.

Es könnten hier noch Berücksichtigung finden die Tumoren, welche von der Leber ausgehen und bis in die regio ileocoecalis hinabragen. Abgesehen davon, dass eine genaue Untersuchung den Zusammenhang eines solchen Tumors mit der Leber nicht nachweisen kann, wie es in dem früher erwähnten Falle von Schnüratrophie und Syphilis constatirt wurde, kann man wohl mit Sicherheit behaupten, dass ein Tumor, welcher mit der Leber in Zusammenhang steht, den

Bewegungen des Diaphragmas folgt, auch dem Organe angehören muss und von ihm ausgeht, selbst wenn die Gallenblase in pathologisch veränderter Form die Geschwulst darstellt. Ich verweise daher derartige Geschwülste, da sie nur durch Exclusion für die Differentialdiagnose der Tumoren in der regio ileocoecalis in Betracht kommen, in ein anderes Gebiet.

Demgemäss finden nur noch Berücksichtigung Tumoren, wie solche durch eine wandernde Niere, krebsige und tuberculöse Degeneration der Retroperitonealdrüsen und des Darmes selbst gebildet werden können.

Eine wandernde Niere könnte eine Faecalansammlung oder etwa eine Peritonitis circumscripta vortäuschen. Vor dem diagnostischen Irrthum schützen genaue Untersuchungen mittels der Palpation und Percussion. Die Palpation weist einen bohnenförmigen, mit einem Einschnitt versehenen glatten Körper nach, der ziemlich beweglich, auf Druck nicht besonders empfindlich ist, eventuel Pulsation darbietet, welche durch die Art. renalis bedingt oder auch fortgeleitet sein kann von der Iliaca. Der Tumor ist leicht zu umgrenzen, die Grenzen sind nie diffus. Die Percussion ergibt einen tympanitischen, etwas leeren hohen Schall. Die normale Nierendämpfung fehlt, ausserdem sind gewöhnlich Erscheinungen von Seiten des uropoëtischen Systems vorhanden.

Krebs des Darmes findet sich wohl häufiger an andern Stellen wie in der regio ileocoecalis, oder disseminirt über einen grossen Theil des Darmtractus verbreitet. Fände sich dennoch die Neubildung auf das Colon ascendens oder Coecum localisirt, so wäre die Diagnose aus folgendem zu stellen: In der regio ileocoecalis findet sich ein selten beweglicher Tumor, dessen Oberfläche hart, uneben, höckerig, relativ schmerzhaft ist, sein Wachsen ist ein continuirliches und geht mit der Verschlimmerung des Allgemeinzustandes Hand in Hand. Diese besteht in einer ziemlich stark ausgeprägten Krebscachexie, Anschwellung der Lymphdrüsen,

Ergriffenwerden anderer Organe von der krebsigen Degeneration. Das Uebergreifen der Neubildung auf die Darmwandung selbst verändert die Verhältnisse der Tympanie, welche ganz aufgehoben werden kann, in den geringeren Graden durch Dämpfung modificirt wird. Die consecutiven Folgen der Affection, welche in Verengerung des Darmlumens, Kothanhäufung oberhalb der verengten Stelle, Ileus, Perforationsperitonitis bestehen, können zu Täuschungen resp. Uebersehen des Grundleidens Veranlassung geben. Frühe Erkenntniss des Uebels und Berücksichtigung der Folgen in ihrem genetischen Zusammenhang mit der Grundursache, schützt vor Täuschung und gibt der Diagnose sichere Anhaltspunkte.

Die Retroperitonealdrüsen können genuin oder sympathisch der Sitz bösartiger Neubildungen werden und sich zu Tumoren gestalten, deren Erkenntniss indessen nicht schwierig ist. Knollige, sich bis zur Wirbelsäule erstreckende, nur bei tief in die Bauchdecken eindringenden Fingern zu erkennende Geschwülste, welche den Percussionsschall nicht besonders beeinträchtigen, stellen die Diagnose fest.

Es erübrigt noch in folgendem die Schilderung einer Reihe von Tumoren zu geben, wie wir sie nur beim Weibe in der regio ileocoecalis vorfinden. Allerdings gehören die selben der regio ileocoecalis nicht direct an, weil sie ihren Ausgang von den Beckenorganen nehmen, sie müssen aber der Vollständigkeit halber hier Berücksichtigung finden. Es hält allerdings schwer, eine genaue Grenze zu ziehen zwischen den vom Thema verlangten Discussionen und einer zu weit gehenden Schilderung krankhafter Veränderungen, deren Aetiologie eine so verschiedene, deren Entstehung und Verlauf oft ein sehr complicirter ist. Ich bemerke daher, dass es keineswegs meine Absicht ist, durch die vorliegende Arbeit eine umfassende Schilderung der im Symptomencomplex verschiedenen Krankheitsbilder zu liefern: mein Bestreben geht nur dahin, die Hauptgesichtspunkte, welche

einer Differentialdiagnose zu Grunde liegen, zusammenzustellen

Die wichtigsten hier in Betracht kommenden Tumoren werden repräsentirt durch die Ovarialcysten, Geschwülste des Uterus und seiner Adnexa, intra- und extraperitoneale Exsudate (Para- und Perimetritis). Im Wachsthum und Symptomencomplex der Ovarialtumoren unterscheiden wir drei Stadien. Im ersten Stadium sind dieselben so klein, dass sie noch im kleinen Becken verbleiben und ihre Diagnose dem Gynaekologen obliegt, im zweiten Stadium treten sie in die regio iliaca, im dritten breiten sie sich über das ganze Abdomen aus.

Das zweite Stadium ist es hauptsächlich, in welchem sie unser Interesse in Anspruch nehmen. Man findet in der regio ileocoecalis eine Geschwulst, die bald grösser bald kleiner von ziemlicher Resistenz und Prallheit, bei Druck nicht besonders schmerzhaft ist, die Oberfläche ist glatt oder höckerig. Das Allgemeinbefinden ist nicht besonders getrübt. Wenn auch der Gedanke an eine Ovariencyste bei Berücksichtigung der eventuellen Virginität des Individuums nahe liegt, so liesse doch eine oberflächliche Untersuchung, wie wir sie oben schilderten, den Gedanken an verschiedene andere Tumoren in dieser Gegend aufkommen. Ein abgesacktes peritonitisches Exsudat, eine Anhäufung von Faecalmassen, eine chronisch verlaufende Paratyphlitis, welche sich in das Becken hineinerstreckt, könnten vielleicht, wenn nebenbei noch subjective Symptome, Erscheinungen von Seiten des Darmcanals, eine frühere Peritonitis u. s. w. eine zu eingehende Berücksichtigung fänden, die Ehre der Diagnose für sich in Anspruch nehmen. Ein starker panniculus adiposus der Bauchdecken wäre sogar im Stande, die Diagnose in suspenso zu lassen und der Therapie die Wahl zwischen Jodkali oder einer Badecur zu stellen.

Die genauere Untersuchung wird im Stande sein, folgende Momente festzuhalten: Der Tumor lässt sich nach

oben hin und an den angrenzenden seitlichen Partieen abgrenzen, befindet sich also nicht unter dem parietalen Blatte des Peritoneums; er hat eine glatte Oberfläche und zeigt trotz seiner Prallheit Fluctuation, Faecaltumoren sind daher ausgeschlossen. Die Untersuchung per vaginam ergibt, dass der Tumor mit den Beckenorganen in Zusammenhang steht, resp. von ihnen ausgeht, Lateral-, Ante- oder Retroversion des Uterus, Isolirtsein des letzteren von dem Tumor. Hierzu kommt dann noch oft ein Oedem der betr. untern Extremität, Erweiterung der Venen an derselben in Folge des Druckes, welchen die Cyste auf die Vena iliaca ausübt, auscultatorisch ein Ton oder Geräusch auf dem Tumor, fortgeleitet von der Art. iliaca: Erscheinungen, die mitunter auch durch andere Geschwülste in dieser Gegend hervorgerufen werden. Die oft bestehende Leucorrhoe könnte auch accidentel sein. Wichtiger ist der Einfluss der Catamenien auf das Wachsthum des Tumors, welches nach einigen Beobachtungen nach Ablauf der ersteren stetig zunimmt, abgesehen von dem continuirlichen Wachsthum desselben. Der Schall über der Geschwulst ist natürlich gedämpft, da die Därme durch den Tumor nach oben gedrängt werden, und der letztere wohl selten eine Vorlagerung derselben gestattet. Ist die Cyste nicht einkammerig, sondern multiloculär, so kann das Gefühl der Fluctuation undeutlich oder nur auf kleine und gewisse Stellen beschränkt sein. Zeigt der Tumor eine gelappte oder höckerige Oberfläche, wie solche durch multiloculäre Cysten gegeben sein kann, so ist aus der geringen Schmerzhaftigkeit und dem relativen Wohlbefinden durch Exclusion bösartiger Neubildungen die Diagnose gesichert. Verwächst der Balg der Cyste mit der Bauchwand in Folge einer circumscripten Peritonitis, so ist die Beweglichkeit des Tumors natürlich aufgehoben, bei der Palpation soll in diesem Falle ein Gefühl von Reibung und Crepitation wahrzunehmen sein. Bei dem ferneren Wachsthum der Cyste nimmt dieselbe zu ihrer Ausdehnung das

disponible Abdominalcavum in Anspruch, in Folge dessen knüpft sich die Differentialdiagnose an andere Momente, indem ein Theil der oben beschriebenen Tumoren bei der Diagnose ausgeschlossen ist, und andere Verhältnisse in Betracht kommen, deren Erörterung nicht hierher gehört.

Zu erwähnen wäre noch, dass in Folge von Tubenhydrops ein den Ovarialcysten ähnlicher Tumor gebildet werden kann. Abgesehen von dem seltenen Vorkommen einer derartigen Affection, ist die Erkrankung gewöhnlich doppelseitig und stellt in ihrer Form eine mehr längliche Geschwulst dar.

Fibroide geben wohl selten durch ihre Lage Veranlassung zur Verwechselung mit Ovarialtumoren. Im gegebenen Falle wären sie an ihrer derben, festen Consistenz, der mangelnden Fluctuation und an ihrem Zusammenhang mit dem Uterus wohl leicht als solche zu erkennen.

Es sind hier ferner in Betracht zu ziehen die Tumoren, welche durch eine Para- und Perimetritis geliefert werden. Gewöhnlich entstehen dieselben im Anschluss an das Puerperium, indessen müssen wir doch auch ihr genuines Vorkommen, wenigstens das der parametritischen resp. phlegmonösen in Rechnung ziehen. Ist ein perimetritischer Tumor in der Bildung begriffen, so kommen dieselben Momente in Betracht, welche wir bei der Peritonitis circumscripta in unmittelbarer Nähe des Coecums beschrieben haben, von letzterer unterscheidet er sich aber durch seinen tiefern Stand und den Zusammenhang mit dem Uterus, den er an seiner Involution hindert, zur Seite zieht und fixirt. Die Darmschlingen betheiligen sich in ähnlicher Weise wie das Coecum an der Bildung des Tumors, lassen daher den Schall über der Geschwulst nicht vollständig gedämpft erscheinen, sondern bewirken an einigen Stellen eine modificirte Tympanie.

Bei den Parametritiden und phlegmonösen Processen handelt es sich entweder um eine reine Phlegmone

iliaca, die im Puerperium wohl selten isolirt vorkommt und die charakteristischen früher erwähnten Erscheinungen darbietet, oder um Tumoren, welche mit dem Uterus in Zusammenhang stehen. Die Geschwulst ist von glatter Oberfläche, unbeweglich, in ihrer Grösse verschieden, mehr weniger in die regio iliaca hineinragend. Zum Unterschiede von den peritonitischen Tumoren kann man festhalten, dass die letzteren höher hinauf ragen, wie die parametritischen, welche ihrerseits hinwiederum von der Vagina oft nur mit Mühe zu erreichen sind. Der Schall über dem Tumor ist gedämpft in Folge der Verdrängung der Darmschlingen, wohl nur in seltenen Fällen wäre durch Vorlagerung einer Darmpartie an einer kleinen Stelle Tympanie wahrnehmbar.

Wenn der Tumor sich in einen Abscess umbildet, so müsste eigentlich das Phaenomen der Fluctuation entstehen, das Gefühl derselben ist aber in der Regel so undeutlich, dass dieses sichere Kriterium für die Ovariencysten reservirt bleibt. Ferner darf nicht unerwähnt bleiben, dass das Allgemeinbefinden bei der Diagnose eines solchen Tumors immer Berücksichtigung erfordert, indem es bei Ovarientumoren, wenigstens in den ersten Stadien, relativ ungestört ist, mit der Entstehung der para- und perimetritischen Tumoren aber immer subjective Störungen, welche sich durch Schmerz, Fieber und solche Symptome äussern, wie sie die Entzündung des Peritoneums liefert, verbunden sind.

Wenn ich mit obigen Auseinandersetzungen einen Abschluss mache und der Differentialdiagnose mit dem Gelieferten ein Ziel setze, so überschleicht mich ein je ne sais quoi, dessen »Symptome« in dem Punkte gipfeln, dass Vieles von dem Gesagten der Vollständigkeit und Genauigkeit entbehre.

Ich will hier nicht an mein bescheidenes Quadriennium appelliren und mit der usuellen Hoffnung hervortreten, dass die spätere Praxis die Anschauungen des Jüngers der Wissenschaft läutern und seine differentiel diagnostischen Kenntnisse bereichern möge, ich will ferner nicht den etwaigen

des Darmlumens an irgend einer Stelle gebildet haben, und den Contentis des Darmes, nachdem sie schon einige Zeit stagnirt, der Durchgang unerbitterlich versagt ist. Dieses acut zur Erkenntniss gelangende Auftreten von Kothgeschwülsten kann nicht zum Object einer durch längere Beobachtung präcisirten Differentialdiagnose werden, denn dieser Zustand, dessen Namen Miserere schon sein schreckliches Wesen bekundet, nimmt die volle therapeutische Kenntniss des Arztes in Anspruch.

Chronische Ansammlung von Fäcalmassen kann in zwei Formen auftreten; entweder sind es sog. Kothgeschwülste, Fäcaltumoren, welche aus eingedicktem Koth bestehen und fast nur im Dickdarm ihren Sitz haben, oder wahre Darmsteine, deren Entstehung ähnlich wie die der Blasensteine zu erklären ist, sei es nun, dass eingedickte Fäcalmassen oder fremde Körper sich mit phosphorsauren Salzen (phosphors. Ammoniak-Magnesia) oder kohlensauren Salzen (kohlensaurer Kalk) imprägniren. Die Diagnose beider Arten wäre leicht, wenn das Colon eine Lage hätte, wie sie ihm von den Handbüchern und Atlanten der Anatomie angewiesen wird, aber leider bewegt sich das Colon nicht in den enggezogenen Grenzen, sondern überschreitet dieselben dem Bedürfnisse gemäss sattsam genug. Abgesehen davon, dass Fäcalmassen zu Verwechselungen mit einer Wanderniere, einem paratyphlitischen Abscess, perityphlitischem Tumor, der Leber Veranlassung gaben, ist es sogar vorgekommen, dass man eine Kothgeschwulst für den schwangern Uterus hielt [1]).

In unserm Falle schien die Diagnose gerechtfertigt aus folgenden Gründen: Die bis in die Ileocoecalgegend reichende Geschwulst entsprach ihrem Sitze nach dem Colon ascendens, der Lieblingsstelle für Fäcaltumoren, hing mit der Leber

1) Laronde: Presse méd. 1. Dec. 1850.

nicht zusammen, hatte eine glatte, etwas höckerige Oberfläche, war relativ schmerzlos, zeigte Verschiebbarkeit und erwies sich nach einigen Tagen anscheinend etwas verkleinert; ein Connex mit der Darmbeingrube war nicht vorhanden, der Percussionsschall gedämpft. Absolut zwingende Erscheinungen von Seiten des Darmcanals waren allerdings nicht vorhanden. Es waren also ausgeschlossen alle Geschwülste, die von der Leber ausgegangen waren oder mit ihr in Zusammenhang hätten stehen können, Para- und Perityphlitis, eine wandernde Niere (hiergegen sprach die Dämpfung des Percussionsschalls über der Geschwulst) und alle Tumoren, die vom Becken hätten ausgehen können. Pathologische Veränderungen des Netzes, sowie Anschwellungen der retroperitonealen Lymphdrüsen kamen ebenfalls nicht in Betracht. Es blieb nur die Möglichkeit der Annahme von Fäcaltumoren. Die Autopsie warf leider diese schöne Differentialdiagnose über den Haufen.

Ich erlaube mir über die Aetiologie der Fäcaltumoren noch einige Bemerkungen zu machen, die auch für die Diagnose von Bedeutung sind. Der Annahme, dass catarrhalische Processe, namentlich die Typhlitis zu der Entstehung von Fäcaltumoren Veranlassung geben, indem sich ein subparalytischer Zustand des Darmtractus entwickelt, muss ich entgegentreten. Nur in solchen Fällen, in denen geschwürige Processe zu Narbenbildung führen, kann man in der letzteren ein prädisponirendes Moment annehmen. Ich sehe vielmehr in der Gegenwart abnorm grosser Mengen von Fäcalmassen die Ursache zu catarrhalischen Processen und secundärer Perityphlitis. Das ätiologische Moment muss daher in einer habituellen Stuhlverstopfung gesucht werden, die man dann als Subparalyse des Darms bezeichnen mag, ferner in der Beschaffenheit einer Nahrung, welche selbst der Darm eines Dreschers auf die Dauer nicht wieder aus seinem Innern entfernen, geschweige denn assimiliren kann, eine Nahrung, die dem Menschen zumuthet, die Cellulose

als Surrogat für Eiweisskörper und Amylaceen anzunehmen, und vom Darmsaft Erfolge erwartet, welche selbst die Schwefelsäure nicht erzielt. Ferner sind es gewisse Medicamente, wie die Magnesia carbonica, zu grosse Gaben von Eisen und vor allem die gepriesenen Senfkörner, natürlich unter französischer Firma, welche die disponirenden Momente für Fäcalansammlungen abgeben. Ich will hier beiläufig auf eine besondere Art von Kothsteinen aufmerksam machen, welche sich im processus vermiformis finden und hier fest eingekeilt in die Höhle jenes in der Entwicklung zurückgebliebenen Dickdarmabschnittes häufig zu Perforationen desselben Veranlassung geben und das Causalmoment für so viele, leider oft verkannte Peritonitiden liefern[1]).

Das mit entzündlichen Erscheinungen verbundene Auftreten von Tumoren in der regio ileocoecalis erfordert im Anschluss an die Aetiologie der Fäcaltumoren die nähere Berücksichtigung der entzündlichen Processe, an denen sich der Darm selbst, das subperitoneale und das adjacente Bindegewebe betheiligen.

Unter den Bezeichnungen, welche hier für verschiedene Krankheitsbilder aufgestellt wurden, ist es vor allem nöthig strenge Unterschiede zu machen. Gewöhnlich spricht man von Typhlitis und Perityphlitis und versteht hierunter die Entzündung des Coecums und seiner Umgebung. Die Typhlitis ist entweder eine genuine oder complicirte. Die erstere bietet keine hervorragenden palpablen und percutorischen Erscheinungen dar, die letztere ist immer mit Anhäufung von Fäcalmassen verbunden, deren Nachweis nicht schwierig ist: Typhlitis stercoralis. Eine einfache Dilatation des Coecums durch Fäcalmassen, wie solche ohne entzündliche Erscheinungen vorkommen und einen bedeutenden Grad

1) Cfr. Volz: Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Carlsruhe 1846.

erreichen kann, so zu bezeichnen, ist nicht statthaft, hier ist nur die Bezeichnung Dilatatio Coeci stercoralis am Platze. Der Begriff Perityphlitis ist nach Oppolzer[1]) ein allgemeiner und nur für gewisse Fälle geltender. Hat die Entzündung ihren Sitz im Bindegewebe, welches die hintere Seite des Blinddarms überzieht, so ist die Bezeichnung Paratyphlitis zu wählen, haben wir es dagegen mit einer Entzündung des Peritoneums in der Gegend des Coecums zu thun, so ist die Affection als eine Peritonitis circumscripta zu bezeichnen. Diese rationelle Unterscheidung wäre nach den Untersuchungen von Luschka[2]) nur in gewissem Masse geltend. Der erwähnte Autor behauptet nämlich, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen dem Blinddarm immer eine vollständige peritoneale Umhüllung zukomme, und dass nur in sehr wenigen Fällen die hintere Seite des Coecums einfach durch Bindegewebe an die fossa iliaca angeheftet sei. Die betr. Anschauung scheint sich nicht der Anerkennung vieler Anatomen zu erfreuen, denn in den meisten anatomischen Handbüchern findet man die erwähnte Ausnahme als Regel hingestellt. Es ist klar, dass, wenn wir der Eintheilung Oppolzers folgen, die Bezeichnungen Paratyphlitis und Perityphlitis resp. Peritonitis circumscripta verschiedenen Krankheitsbildern entsprechen müssen und für die Prognose verschiedene Bedeutung haben. Wollte man noch scrupulöser zu Werke gehen, so müsste man die Entzündung des der Fascie des Psoas aufliegenden Bindegewebes, insoweit es zur Fixation des Blinddarms dient, als einfache Phlegmone bezeichnen, die Entzündung des retroperitonealen Bindegewebes dagegen als reine Paratyphlitis. Eine Paratyphlitis wäre der Parametritis analog und in dem Sinne Luschka's fast immer eine solche. Dieselbe entsteht

1) Wiener med. Wochenschrift 1863.

2) Luschka: Ueber die peritoneale Umhüllung des Blinddarms und über die fossa ileocoecalis. Virch. Archiv 1861.

genuin nach Erkrankungen des Coecums meist nach Perforationen desselben in Folge von Typhlitis, secundär nach den sog. Psoasabscessen, fortgeleitet bei Entzündung des Bindegewebes der Nachbarschaft, der Nieren und des kleinen Beckens, combinirt mit Peri- und Parametritiden gewöhnlich puerperalen Ursprungs. Halten wir diese Gesichtspunkte fest, so können wir folgende Arten der Entzündung in der Regio ileocoecalis aufstellen:

1. Die genuine phlegmonöse Entzündung des subperitonealen Bindegewebes, Paratyphlitis *κατ' ἐξοχην*. Dieselbe schliesst sich zuweilen an ähnliche entzündliche Vorgänge des Bindegewebes der Nachbarschaft an. Der Darm, speciell Coecum und Dickdarm, bleibt gewöhnlich an den pathologischen Veränderungen unbetheiligt, wenn nicht ein Durchbruch in denselben erfolgt.

2. Die secundäre Paratyphlitis entsteht dann, wenn eine Typhlitis zu Ulceration und Perforation des Darmes geführt hat, und dessen Inhalt sich in das subperitoneale Bindegewebe ergiesst.

3. Die circumscripte Peritonitis s. Perityphlitis combinirt sich mit Typhlitis und deren Folgen oder ist durch Perforation des Processus vermiformis bedingt. Paratyphlitis kann nun verbunden mit Perityphlitis auftreten und umgekehrt, sowie letztere zu allgemeiner Peritonitis führen kann. Hierbei scheinen aber, wenn man genau und aufmerksam den Verlauf der Krankheit verfolgt, der Erkenntniss, welches Moment das primäre, welches das secundäre war, bei der Differentialdiagnose keine Schwierigkeiten im Wege zu stehen. Die Momente, welche die Differentialdiagnose liefern, sind folgende: Paratyphlitis *κατ' ἐξοχην*: In der fossa ileocoecalis fühlt man eine Geschwulst, welche eventuel die erstere ausfüllt und gegen das kleine Becken zu nicht scharf abgesetzt ist, ihre Grenzen nach der Mittellinie zu sind nicht genau zu bestimmen, in die regio lumbalis gehen sie diffus, allmählich sich abflachend über,

Erscheinungen von Seiten des Darmkanals sind gewöhnlich nicht vorhanden, ausser wenn Abscedirung erfolgt, und der Eiter in den Darm durchbricht, in welchem Falle Eiter im Stuhl erscheint. Der Schall über dem Tumor ist tympanitisch, aber leerer wie normal, die Höhe desselben abhängig von der Grösse der Luftansammlung im Coecum. Die Entwicklung des Tumors kann auch so vor sich gehen, dass die angrenzende Darmpartie nach innen, median gedrängt wird. In diesem Falle nimmt der Tumor allen Raum für sich in Anspruch und gestattet dem Darme nicht bei der Percussion seine tympanitischen Grundsätze geltend zu machen. Der Schall ist absolut gedämpft, die Resistenz in dieser Gegend weich resp. fluctuirend. Die subjectiven Erscheinungen, welche je nach der Grösse und Intensität der Affection in starkem Fieber und Schmerzen bestehen, die in die rechte untere Extremität ausstrahlen, eventuel Taubsein der letzteren, können zur Verwechslung mit einem Psoasabscess Veranlassung geben. Wenn man indessen den Begriff desselben festhält und nur das für einen Psoasabscess erklärt, was wirklich ein solcher ist, ohne die Phlegmone iliaca, sei es nun eine Paratyphlitis, Perinephritis oder ein Congestionsabscess, hierher zu rechnen, den Symptomencomplex berücksichtigt, welchen die von der Entzündung ergriffene Muskelsubstanz liefert, so wird man in der Diagnose nicht leicht irren.

Als secundäre Paratyphlitis haben wir oben diejenige Entzündung des retrocöcalen Bindegewebes bezeichnet, welche sich in Folge von Perforation des Darmes nach Typhlitis entwickelt. Obwohl die im Puerperium auftretende Phlegmone iliaca ebenfalls hierher zu rechnen ist, so wird dieselbe doch besser bei den Tumoren abgehandelt, wie sie beim weiblichen Geschlecht in der fossa iliaca zur Erscheinung kommen.

Man findet bei der secundären Paratyphlitis die Erscheinungen der Typhlitis, Fieber und eine Geschwulst in der regio ileococcalis, welche mit dem Coecum in Zusammen-

hang steht, dessen Wände zwar verdickt, aber wohl nie in der Weise verändert sind, dass nicht der Schall den Charakter des leer tympanitischen trüge.

Schmerz ist fast immer vorhanden, gewöhnlich acut beginnend und von der regio lumbalis bis in die regio hypogastrica ausstrahlend, die Haut über der Geschwulst ist roth, geschwollen, die betreffende Stelle gegen Druck sehr empfindlich. Die Härte, Ausdehnung und Empfindlichkeit der Geschwulst können im Verlaufe der Krankheit sehr variiren und von Fluctuationserscheinungen begleitet sein. Von grosser Wichtigkeit ist die Thatsache, dass bei der reinen Form Symptome von Seiten einer Peritonealreizung durchaus fehlen, weder Erbrechen, Singultus, Meteorismus noch die charakteristische Empfindlichkeit des Abdomens vorhanden ist.

Die circumscripte Peritonitis (Perityphlitis) combinirt sich entweder mit allgemeiner Peritonitis, nach deren Ablauf in der regio ileocoecalis oft ein charakteristischer Tumor zurückbleibt, oder steht als solche zu einer gleichzeitig vorhandenen Typhlitis in Beziehung, ohne dass immer eine Perforation des Coecums vorausgegangen sein müsste. Ferner gibt die Durchbohrung des processus vermiformis häufig Veranlassung zu circumscripter Peritonitis, wobei indessen nicht ausgeschlossen ist, dass die letztere zu einer allgemeinen entzündlichen Reaction des Bauchfelles führt. Volz sucht in seiner ausgezeichneten, oben erwähnten Arbeit darzuthun, dass eine Differentialdiagnose zwischen der gewöhnlichen Perforationsperityphlitis und der nach Durchbohrung des processus vermiformis resultirenden Peritonitis circumscripta möglich sei, obwohl er den Werth einer solchen Differentialdiagnose nur hinsichtlich der Therapie innerhalb relativ engen Grenzen anerkennt und zeigen will, von wie hohem Werthe die Berücksichtigung ätiologischer Momente für eine genaue Differentialdiagnose ist. Er basirt die letztere nämlich auf folgendem: „Die Perforation der vordern mit Peritoneum überzogenen Wand des Coecums,

welche durch Ansammlung von festen Kothmassen bedingt wird und sich aus einem anfangs catarrhalischen, dann geschwürigen Process der Schleimhaut bildet, erzeugt eine circumscripte Peritonitis, welche in ihren Zufällen von der durch Perforation des Wurmfortsatzes entstandenen sich kaum unterscheiden wird. Trotzdem halte ich aber die Diagnose nicht für unmöglich und bin namentlich der Ueberzeugung, dass jene massenhafte Kothansammlung, welche im Stande ist das Coecum in der Weise auszudehnen und anatomisch zu beeinträchtigen, dass es bis zur Perforation kommt, nicht wird bestehen können, ohne sich durch Zufälle, besonders was Verdauung und Stuhlentleerung betrifft, kund zu geben. Untersucht man daher in jener Zeit der Verdauungsbeschwerden oder Stuhlverstopfung, also ehe es noch zur Perforation und Peritonitis gekommen ist, den Leib genau, so wird man eine umschriebene, feste, schmerzlose, percutirt matt und dumpf klingende Geschwulst in der Cöcalgegend entdecken. Bei unserer Krankheit ist jene Anschwellung erst nach eingetretener Peritonitis zu bemerken."

Volz urgirt also bei diesen Auseinandersetzungen, dass bei der Peritonitis circumscripta immer eine Typhlitis stercoralis vorhergehe, die sich genau diagnosticiren lasse, indem die Kothmassen der Palpation und Percussion zugänglich seien. Wenn dann die Perforation erfolge, so sei man allerdings nicht im Stande ohne Kenntniss des vorhergehenden Zustandes die betr. Perforationsperitoniden von einander zu unterscheiden.

Seine Auseinandersetzungen erscheinen mir etwas zu einseitig, indem zunächst eine Typhlitis nicht immer mit palpabeln Veränderungen, etwa eine geringe oft kaum wahrnehmbare Verdickung der Coecalwand abgerechnet, einhergeht und ferner, weil eine Peritonitis nicht immer nach Perforationen zu entstehen braucht. Ist denn der Darm ein Ding sui generis? Müssten wir denn nicht die Perimetriden ebenfalls auf solche gröbere Insulte des Peritoneums zurückführen? Die

Leser dieser Aphorismen darauf aufmerksam machen, dass meine Ausdrücke hier und da der Präcision entbehren und Phrasen wie: gewöhnlich, in der Mehrzahl der Fälle, sich bei der Aufstellung der Differentialdiagnose eingeschlichen haben: gegen solche Opprobrien schütze ich mich mit den Worten Andrals: en médecine ne cessons pas de répéter que les règles les plus générales ont presque toujours leurs exceptions.

Vita.

Geboren wurde ich August Eickholt am 7. Januar 1852 zu Düsseldorf. Confession katholisch. Meine Eltern, der Oberpostdirector Ignaz Joseph Eickholt und Caroline Eickholt geb. Braselmann leben zu Cöln. Die erforderliche Schulbildung erhielt ich zu Düsseldorf, Arnsberg und Cöln. Dem Apostelgymnasium in Cöln 6 Jahre lang als Schüler angehörend, bestand ich daselbst im Juli 1869 das Abiturientenexamen. Während meiner academischen Studienzeit verlebte ich 4 Semester in Bonn und absolvirte im Jahre 1871 das tentamen physicum. Die beiden ersten klinischen Semester brachte ich in Würzburg zu und kehrte dann wieder nach Bonn zurück, um mein Quadriennium an der hiesigen Hochschule zu vollenden.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken der Herren Professoren: Clausius, Hanstein, Kekulé, Pflüger, Schaaffhausen, Schultze, de la Valette, Weber, Zuntz.

v. Bamberger, Dehler, Helffreich, v. Linhart, Müller, v. Recklinghausen, v. Rinecker, Rossbach, Scanzoni, v. Lichtenfels, v. Tröltsch.

Binz, Busch, Doutrelepont, Obernier, Orth, Rindfleisch, Rühle, Sämisch, Veit.

Allen meinen Lehrern den besten Dank.

Thesen.

I. Chronisch entzündliche Processe auf der Nasenschleimhaut der Säuglinge geben oft den Grund ab zu tief eingreifenden Ernährungsstörungen, welche in ihren consecutiven Folgen das lethale Ende herbeiführen.

II. Eine Otitis interna gibt vom rationel medicinischen Standpunkte einen genügenden Grund ab, zur Befreiung vom Militairdienst.

III. Die Localisirung der Heerderkrankungen des Gehirns ist von grösserer Wichtigkeit als ihre Natur.

IV. Die feineren auscultatorischen Phänomene haben einen Fehler, sie sind subjectiv und transitorisch.